279

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Robert MAROIS

Né à Saint-Péravy-la-Colombe (Loiret), le 27 février 1886

Ancien Interne à Furtado-Heine

Contribution à l'Étude thérapeutique

DES

Broncho-Pneumonies

INFANTILES

dans le quartier de la Villette en 1911

Président : M. le Professeur GILBERT-BALLET

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e^ Ar^t^). (Anciennement 8 Rue Casimir-Delavigne)

1912

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	X.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER CHAUFFARD
Clinique médicale	GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	X.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DES-SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA André	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ Marcel	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées commepropres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Après un séjour de près d'une année à l'hôpital Hérold et d'une année entière au dispensaire d'enfants Furtado-Heine, nous nous sommes trouvé en présence des difficultés de la pratique médicale journalière.

Le Docteur Tavera, praticien distingué et estimé dans le quartier de la Villette, ayant besoin de prendre quelque repos, nous a appelé à le remplacer auprès de sa clientèle.

Nous avons fait de notre mieux, tout en terminant nos études.

Nous avons eu ainsi, au cours de cet hiver, à soigner un certain nombre de broncho-pneumonies infantiles, d'origines diverses. Nous avons institué chez tous ces malades une même thérapeutique générale : la balnéation suivie de près et organisée méthodiquement. Mais nous n'avons pas oublié la médication complémentaire qui pouvait s'adapter à chaque cas en particulier.

Les résultats satisfaisants auxquels nous avons abouti, nous ont inspiré le désir de les rassembler ici.

Monsieur le Docteur Laignel-Lavastine, professeur agrégé, a bien voulu nous guider dans la rédaction et la condensation de ces quelques faits.

Nous sommes heureux de lui transmettre avant tout l'hommage de notre profonde gratitude, tant pour ses sages conseils que pour la bienveillance qu'il nous avait témoignée pendant notre stage hospitalier chez Monsieur le Professeur Landouzy à l'hôpital Laënnec.

Et nous nous permettrons d'adresser un suprême hommage à la mémoire du regretté Docteur Tavera, qui vient de disparaître prématurément.

I

La broncho-pneumonie infantile est une inflammation broncho-pulmonaire dont la caractéristique est la marche descendante des bronches aux poumons.

Les conséquences seront donc la distribution lobulaire des lésions et l'inflammation des bronchioles sublobulaires et intralobulaires.

Mais, si cette inflammation est la condition *sine qua non* de la broncho-pneumonie, les manifestations, tant anatomiques que cliniques, des lésions peuvent différer.

Il peut arriver que la broncho-pneumonie n'ait pas le temps d'évoluer et que les enfants soient enlevés par un catarrhe suffocant — bronchite capillaire.

Il s'agit alors d'une congestion diffuse généralisée et presque toujours mortelle. Et, en face de ces symptômes, on reste désarmé presque avant d'avoir entrepris la lutte.

Plus souvent, au lieu de cette broncho-pneumonie aiguë, se présente une forme subaiguë qui peut pren-

dre un aspect disséminé au milieu du tissu sain : c'est la forme mamelonnée.

Ou bien, on peut se trouver en présence de noyaux plus nombreux et confluents : c'est la forme pseudo-lobaire.

Enfin, certaines broncho-pneumonies présentent des foyers à évolution traînante et sans manifestations cliniques très nettes. Il faut alors soupçonner la tuberculose et s'armer contre cette nouvelle complication.

II

S'il n'y a pas de broncho-pneumonie infantile sans dyspnée, il n'y en a pas non plus sans fièvre — exception faite des cachectiques et des débiles.

Mais, si la fièvre et la dyspnée sont des signes indicateurs excellents, les allures cliniques de la broncho-pneumonie sont aussi variables dans les débuts que dans la période d'évolution.

Il n'existe pas une symptomatologie cyclique comme dans la pneumonie.

Il faut faire intervenir la personnalité de chaque sujet atteint. Et surtout il faut bien préciser l'origine de son affection.

Généralement, la broncho-pneumonie infantile est secondaire à une maladie infectieuse et aiguë, comme la rougeole.

Dans cette infection, la broncho-pneumonie survient d'ordinaire après l'éruption, pendant la défervescence.

Mais le début peut être plus précoce et survenir à la période d'invasion.

Nous avons eu l'occasion de soigner quelques broncho-pneumonies de cette nature.

OBSERVATION I

Résumé. — Broncho-pneumonie gauche le 23 décembre coïncidant avec une infection morbilleuse chez une enfant de 2 ans et demi.

Température ayant atteint 40°5.

Enveloppements humides à 20°, puis à 25° et enveloppements tièdes à la période de décroissance.

Guérison le 8 janvier 1912.

Le 23 décembre, je suis appelé dans un logement composé d'une entrée et d'une seule pièce auprès de l'enfant L..., âgée de 2 ans et demi qui, depuis le matin, présente une éruption morbilleuse.

A l'auscultation, quelques gros râles.

Température : 38.5.

J'ordonne :

1° Une potion à l'acétate d'ammoniaque.

2° Dans chaque oreille, quelques gouttes de glycérine phéniquée à 1/100.

3° Dans chaque narine, quelques gouttes d'huile mentholée : 0 gr. 10 pour 25 gr. d'huile de vaseline.

4° Trois cataplasmes sinapisés par jour.

Le lendemain l'enfant présente une température de 38.2 le matin et 39.4 le soir.

Elle a une toux fréquente qui la fatigue.

Elle est essoufflée et abattue. Ses narines se pincent.

Elle ne se réveille que pour demander à boire.

Auscultation. — Râles sibilants dans tout le poumon gauche. Mais en bas, râles fins et humides.

Je demande à sa mère s'il serait possible de lui donner des bains. Et, sur sa réponse négative, je décide de patienter.

Le 25, l'enfant se cyanose.

Température : 39.6 le matin et 40.5 le soir.

Auscultation. — Râles très fins dans toute la moitié du poumon gauche.

J'ordonne un enveloppement humide à 20°, renouvelé toutes les trois heures.

Le 27, souffle doux et prolongé occupant la partie médiane et qui persiste au milieu de ces bruits pendant cinq jours.

La température baisse légèrement, mais se maintient le soir au-dessus de 39°.

Les enveloppements sont faits à 25°, toujours toutes les trois heures.

Le 1er janvier, la température baisse : 37.4 le matin, 37,8 le soir.

Le souffle disparaît et fait place à des râles plus intenses et plus profonds.

L'enfant repose plus facilement.

Les enveloppements sont cependant continués, mais tièdes, et seulement appliqués toutes les quatre heures.

Enfin le 8 janvier, tout rentre dans l'ordre.

L'enfant est éveillée et ne présente plus que des râles disséminés qui disparaissent avec quelques cataplasmes sinapisés.

Il faut noter que l'enfant couchait dans un lit-cage, non loin d'un fourneau de cuisine, qui tantôt donnait une chaleur intense, et tantôt était éteint, déterminant ainsi une variation de température des plus défavorables.

OBSERVATION II

Résumé. — Broncho-pneumonie droite au cours d'une rougeole déclarée depuis 10 jours.

Température : 39.5. Abattement complet de la malade.

Traitement : bains à 33° pendant dix minutes et enveloppements humides tièdes du thorax.

Durée du traitement intensif : 7 jours.

Puis période de décroissance et cataplasmes sinapisés.

En novembre 1911, j'ai à donner mes soins à la jeune B., âgée de 8 ans, qui garde la chambre depuis dix jours pour une rougeole.

Les parents ont tardé à faire venir le médecin, parce que l'éruption, disent-ils, était jusque-là bien sortie et que l'enfant demandait à manger.

Aujourd'hui la fillette est abattue et oppressée. Elle tousse beaucoup. Les parents lui ont donné du sirop d'ipéca qui l'a fait vomir. Mais en même temps, la fièvre a augmenté très rapidement.

Aussitôt auscultée, l'enfant présente les symptômes complets d'une broncho-pneumonie à droite.

Température, 39°9.

Pouls, 120, mais bien rythmé.

Traitement institué :

1) Potion à l'acétate d'ammoniaque ;

2) Enveloppements humides tièdes renouvelés toutes les trois heures.

3) Deux bains à 33 degrés pendant dix minutes matin et soir.

Le lendemain, la température est un peu abaissée. Mais l'auscultation donne les mêmes résultats.

Pendant sept jours encore, le traitement est continué.

La température se maintient, surtout le soir et les râles humides abondent toujours à droite. Cependant la petite malade est plus forte.

Une potion à base d'ipéca et de sirop de polygala est ordonnée par cuillerées à café.

L'enfant crache beaucoup.

La température oscille entre 38° le matin et 39°8 le soir.

La malade présente un souffle à la base droite qui persiste pendant dix jours.

Enfin le souffle disparaît et, après une dernière poussée de température à 40°3 on trouve de nouveaux râles humides et la température redevient normale.

Quelques cataplasmes sinapisés terminent le traitement.

OBSERVATION III

Résumé. — Broncho-pneumonie double survenant au 3e jour de la rougeole chez un enfant de 27 mois, qui est sorti jusqu'au moment de l'éruption.

Température : 40° persistant pendant 6 jours.

Traitement : bains quatre fois par jour à 30 ou 35 degrés suivant les indications du thermomètre.

Guérison le 30 janvier.

Rechute par négligence de la mère. Nouvelle poussée inflammatoire guérie cinq jours après.

L'enfant L..., 27 mois, vient à la consultation le 4 janvier. Il tousse et est fiévreux, dit la mère. Elle ajoute qu'il

a passé quelques jours chez un de ses cousins atteint de rougeole.

Examiné, l'enfant présente une gorge rouge et un catarrhe qui me paraît ressortir à la rougeole. Je conseille :

1) Un séjour à la chambre ;

2) Un collutoire au borate de soude et eau oxygénée ;

3) Des cataplasmes sinapisés;

4) Une potion calmante.

Je suis appelé le 8 janvier. L'enfant a la rougeole depuis trois jours. Mais aujourd'hui il étouffe.

Température : 39°8.

On l'asseoit, car il est incapable de se tenir seul.

Auscultation : râles fins dans les deux poumons.

Langue sale et gorge remplie de mucosités.

Traitement : Glycérine phéniquée dans chaque oreille.

Lavages fréquents de la gorge avec le bock et une solution boratée. Potion au benzoate de soude et sirop de quinquina.

Enveloppements humides à 25 degrés toutes les 3 heures.

Enfin quatre bains par jour à 35 degrés pendant dix minutes chaque fois.

Pendant six jours consécutifs l'enfant se maintient entre 39°5 le matin, et 40°2 et même 40°7 le soir.

Tous les jours, il présente à l'auscultation des râles fins sur toute l'étendue des deux poumons en arrière. Rien en avant.

Les bains sont alors donnés toutes les trois heures, et à 30 degrés, sauf quand l'enfant dort.

Vers le 15 janvier, un souffle apparaît, d'abord à droite, puis à gauche, et la température baisse enfin progressivement.

Les bains sont ramenés à 33 degrés et donnés matin et soir.

Le 18 janvier seulement, la température baisse complètement. Mais les râles subsistant encore très abondants, on maintient toujours les enveloppements humides.

Enfin, le 30 janvier, l'état redevient normal et tout peut être considéré comme terminé.

Deux jours après, la mère sort en laissant son enfant seul et elle le retrouve jouant par terre sur le carreau.

Température : 39°4.

Auscultation. — Poussée de râles bullaires en avant et à droite.

Traitement : un bain le soir et nouveaux enveloppements humides.

Cinq jours après, il ne reste pour ainsi dire plus trace de rien.

J'ai revu le malade. Il a une respiration légèrement obscurcie à droite. L'état général est très satisfaisant.

Ce dernier enfant a donc présenté une bronchopneumonie grave dont l'issue a paru un moment incertaine. Il refusait de boire quoi que ce fût. La température a été longtemps anormale. Seuls les bains la faisaient diminuer de quelques divisions à la période aiguë.

Il n'est pas douteux qu'ils ont agi comme révulsifs précieux autant que comme antithermiques.

En résumé, nous avons eu affaire à trois bronchopneumonies survenues au commencement ou au cours de la rougeole.

La première n'a été traitée que par des enveloppements humides du thorax, car la situation de la pièce habitée ne permettait pas une thérapeutique plus

activée et était une contre-indication absolue à la balnéation.

Mais nous avons appliqué en revanche des compresses humides à 20 degrés seulement.

La deuxième broncho-pneumonie s'est révélée à la période de décroissance d'une rougeole et a été enrayée rapidement par la balnéation tiède.

La troisième broncho-pneumonie, double et d'allures graves, a résisté longtemps à un traitement balnéaire intensif, d'autant plus que les conditions hygiéniques étaient mauvaises, et ce n'est qu'en persévérant dans le traitement que nous avons obtenu une issue favorable.

III

Il m'a été donné également d'observer des broncho-pneumonies infantiles à début plus obscur et dans lesquelles la part principale a paru revenir à une affection gastro-intestinale prolongée, se manifestant sous forme de diarrhée et plus souvent sous forme de constipation opiniâtre.

D'ailleurs la diarrhée, la gastro-entérite, le choléra infantile peuvent s'accompagner de complications du côté des voies respiratoires.

Et, depuis Sevestre, on admet l'origine intestinale et infectieuse de certaines broncho-pneumonies.

Cette double atteinte de l'organisme a nécessité une thérapeuthique double en quelque sorte, et dans laquelle il a fallu concilier les deux données :

Combattre l'infection des voies digestives et faire réagir l'enfant contre l'inflammation broncho-pulmonaire.

J'ai pensé qu'il était intéressant de consigner ici trois observations concluantes.

OBSERVATION IV

Résumé. — Enfant de 5 ans atteint depuis l'âge de 10 mois de gastro-entérite. Hygiène mauvaise tant au point de vue alimentaire que matériel.

A la suite d'une période de constipation, broncho-pneumonie gauche.

Bains quatre fois par jour à 33 degrés. La température revient à la normale et l'enfant guérit.

Traitement gastro-intestinal simultané : huile de ricin à petites doses et lavements glycérinés.

L'enfant O... âgé de cinq ans a été atteint à l'âge de dix mois d'entérite aigüe. Depuis cette époque, il présente tantôt de la diarrhée, mais plus souvent une constipation persistante.

La mère est concierge. Elle a sa chambre à coucher au rez-de-chaussée sur une cour très sombre et proche des water-closets.

En août 1911, depuis trois ou quatre jours, l'enfant est abattu et somnolent. Il a de la fièvre le soir et se montre agité la nuit.

Le ventre est dur et douloureux.

L'auscultation ne révèle rien.

J'ordonne la diète lactée, des lavages d'intestin et une potion au benzonaphtol.

Trois jours après, sans toux appréciable et sans autres phénomènes qu'une fièvre continue et une grande dyspnée, je constate des râles fins et humides à la base du poumon gauche.

L'enfant a 38.7 le matin et 39.9 le soir.

J'ordonne aussitôt une potion à base d'ipéca et des enveloppements humides tièdes.

Le lendemain, la température atteint le matin 39,7. Je fais donner quatre bains à 33 degrés par 24 heures.

La température baisse quatre jours après.

Il existe encore un souffle à la base.

Les bains et les enveloppements sont continués pendant sept jours.

A ce moment la température est presque normale et je ne perçois plus, dans tout le poumon gauche, que des râles ronflants.

Quelques cataplasmes sinapisés les font disparaître définitivement.

Mais il a fallu s'occuper parallèlement de l'intestin. Dès les premiers symptômes de broncho-pneumonie, j'ai administré à l'enfant pendant trois jours consécutifs une cuillerée à café d'huile de ricin.

Puis les jours suivants, un lavement glycériné tiède.

Enfin les deux derniers jours, j'ai repris l'huile de ricin.

L'enfant a été revu. Il ne conserve aucune trace de sa broncho-pneumonie et son intestin, par un régime approprié, a été remis à peu près en état.

Je dis — à peu près — car je m'adresse ici à un milieu qui raisonne trop et veut suppléer a la faiblesse organique de l'enfant par une suralimentation nuisible.

OBSERVATION V

Résumé. — Enfant de 17 mois présentant d'abord de l'embarras gastrique et seulement cinq jours après une broncho-pneumonie double.

Température : 40 degrés.

Traitement : 4 bains à 30 degrés par 24 heures.

Injections d'huile camphrée.

Huile de ricin à petites doses fréquentes.

Lavements huileux.

Décroissance brusque et guérison au bout de 18 jours.

L'enfant B..., âgée de 17 mois habite avec ses parents un appartement bien aéré et propre au cinquième étage d'une maison neuve.

Cette enfant était en nourrice à Paris et en a été retirée seulement le 12 janvier.

Le 13 au matin, elle a une température de 39 degrés et elle se plaint de son ventre qui, à la palpitation, est dur et douloureux.

Langue chargée.

Rien à l'auscultation.

Je diagnostique un embarras gastrique fébrile et j'ordonne un léger bouillon de légumes, un peu de calomet, et un lavement d'eau bouillie à la température de la pièce matin et soir.

Le surlendemain, la température est identique. Mais l'enfant tousse beaucoup.

Elle a eu deux selles dures, en billes, accompagnées de gaz. Le ventre est toujours ballonné.

L'auscultation révèle des râles sibilants dans les deux poumons.

Je fais appliquer des enveloppements humides et continuer les lavements d'eau bouillie.

Le 18 janvier au matin la température est de 40.4. La nuit a été très mauvaise.

L'enfant souffle et présente une forte dyspnée.

Le pouls marque 140.

Les parents, affolés, demandent une consultation.

Le docteur Lesage, mon ancien maître à Hérold, est appelé.

Il constate avec moi que le ventre est toujours douloureux.

Et l'auscultation précise une broncho-pneumonie double en arrière. Rien en avant.

Le cœur a tendance à faiblir.

Le traitement suivant est alors institué :

1° Potion à l'acétate d'ammoniaque et sirop de quinquina.

2° Enveloppements humides à 18° et renouvelés toutes les trois heures.

3° Quatre bains à 30° par 24 heures.

4° Deux injections d'huile camphrée dans la journée.

5° Enfin, pendant deux jours consécutifs, le matin une cuillerée à café d'huile de ricin et le soir un lavement glycériné.

Le soir même l'enfant n'a plus que 39°, mais se maintient à cette température et avec les mêmes signes sthétoscopiques pendant quatre soirées.

Le matin cependant le thermomètre marque 38·2 ou 38.5. Et le ventre, débarrassé, a repris de la souplesse.

Par prudence, un lavement glycériné est donné tous les soirs, amenant chaque fois des gaz et une ou deux billes fécales.

Du côté des poumons un souffle apparaît d'abord à gauche, puis à droite, souffle qui dure pendant 10 jours, entremêlé de râles fins partout.

La température baissant légèrement, deux bains seulement sont donnés par 24 heures.

Enfin tout s'améliore en trois ou quatre jours.

La température revient presque brusquement à la nor-

male. Et l'enfant, jusqu'à ce moment-là, très abattue, se réveille et joue.

Tout disparaît, sauf le mauvais fonctionnement de l'intestin qui nécessite une révision complète du régime alimentaire et des purgatifs assez fréquents.

OBSERVATION VI

Résumé. — Enfant de 7 ans avec broncho-pneumonie droite survenue après une diarrhée abondante.

Température : 41° au bout de quelques jours seulement.

Bains à 28°, 5 fois par jour et 5 minutes chaque fois.

La fièvre disparaît lentement et des bains à 35° sont ensuite ordonnés.

La diarrhée a disparu dès le début avec une potion à base d'acide lactique.

Guérison lente un mois environ après le début gastro-intestinal.

Fin décembre, je vois à la consultation l'enfant H..., 7 ans, qui se plaint depuis deux jours de coliques intestinales avec selles très abondantes.

A la palpation, une douleur se manifeste le long du tube digestif de l'enfant, sans localisation bien nette.

Pouls fréquent.

Urines assez rares.

La médication instituée consiste en une potion à l'acide lactique et une diète légère.

Le surlendemain, appelé au domicile des parents, je trouve le visage du malade pâli et sa physionomie décèle une grande gêne respiratoire.

La diarrhée a disparu.

Mais, dans la nuit, l'enfant a commencé à s'agiter.

La température est de 37.8.

Pouls petit, fréquent, mais régulier.

La toux est sèche, quinteuse.

L'auscultation révèle une broncho-pneumonie à droite et en arrière, mais remontant sur le côté externe du poumon, jusqu'à l'aisselle.

J'ordonne des enveloppements humides.

Je revois l'enfant le soir. Même état et même température.

Tous ces symptômes se maintiennent pendant trois jours.

Puis le quatrième jour, la fièvre s'allume et arrive à 41°.

L'auscultation décèle une poussée congestive à la partie moyenne du poumon droit.

Des bains à 28 degrés, cinq fois par jour et d'une durée de cinq minutes chacun sont ordonnés.

Le lendemain matin, température 39°9, le soir 40°3.

Le surlendemain, la température se maintient, mais un souffle intense apparaît au niveau du dernier foyer de congestion.

Ce souffle dure six jours, pendant lesquels la température oscille entre 37°5 le matin, et 39 le soir.

L'enfant expectore beaucoup et pour faciliter ses crachats, je joins une potion à l'ipéca.

Enfin, le souffle disparaît et fait place à toute une série de râles qui voyagent du haut en bas du poumon droit, mais qui diminuent d'intensité chaque jour.

La température descendant, deux bains à 35 degrés sont ordonnés quotidiennement.

Le calme renaît avec une potion à base d'aconit et de belladone et quinze jours après seulement, l'auscultation ne révèle plus aucune différence entre les deux poumons.

En résumé, nous nous sommes trouvés en présence de trois broncho-pneumonies, d'origine gastro-intestinale, et qui ne se sont précisées que par la température élevée qui se maintenait et par l'oppression.

La première a évolué assez rapidement et a été assez bénigne.

Les deux autres ont été graves par l'intensité des symptômes et par leur durée.

Les bains ont été donnés à une température assez basse. Et il a même fallu lutter contre la faiblesse cardiaque par des injections d'huile camphrée.

Enfin la guérison de ces trois cas n'a été obtenue que par la mise en état simultanée du poumon et de l'intestin.

IV

Nous avons jusqu'ici envisagé la broncho-pneumonie infantile comme une maladie secon laire. Et c'est évidemment sa forme la plus commune.

Nous n'avons pas eu l'occasion de constater en clientèle de broncho-pneumonie faisant suite à la coqueluche.

C'est cependant une complication assez fréquente de cette infection. Dans les services hospitaliers, nous avons vu les quintes diminuer et la température augmenter au cours de coqueluches.

Et chaque fois nous avons trouvé des broncho-pneumonies toujours très graves.

Mais nous avons eu également des broncho-pneumonies infantiles dont le début a été difficile à saisir. Ceci pour deux raisons :

La principale est que nous nous trouvions en présence d'un enfant ne présentant pas l'évolution infectieuse qui exige des réserves sur l'état pulmonaire et demande une auscultation systématique quotidienne.

La seconde est une fausse route occasionnée par l'aspect extérieur du petit malade. Et cette confusion peut faire dévier le diagnostic précoce de la broncho-pneumonie.

Le résultat est un retard parfois dangereux dans l'établissement d'une thérapeutique toujours d'autant plus efficace qu'elle a été plus vite.

Dans ces cas, la broncho-pneumonie est souvent précédée d'une manifestation banale. L'enfant a présenté un léger embarras des premières voies respiratoires. Les parents ont soigné eux-mêmes un coryza, un rhume ordinaire sans température, et qui leur a paru sans gravité.

En général, c'est brusquement que le tableau change.

Tout à coup, l'enfant a de la fièvre. La respiration s'accèlère.

Puis survient une toux rauque, avec du tirage et on pense à un obstacle laryngé.

Ou bien l'enfant a une ou plusieurs convulsions brutales, et on peut croire à une évolution de la dentition et parfois s'imaginer être en présence de symptômes décelant l'épilepsie.

C'est dans des cas semblables qu'il faut procéder à une auscultation attentive ; ainsi qu'on va le voir, cette précaution, que nous jugeons indispensable, nous a permis d'instituer un traitement rapide et heureux dans les deux observations qui suivent.

OBSERVATION VII

Résumé.— Enfant de 10 mois, pris brusquement de suffocation avec toux rauque.

Broncho-pneumonie droite, difficile à percevoir chez un enfant très épuisé.

Bains à 30 degrés qui permettent une respiration plus ample.

Sept jours après, guérison et disparition de la fièvre et de la dyspnée.

L'enfant R..., 10 mois, habite au cinquième un logement sur une cour avec son frère et sa sœur.

Il a été brusquement pris le matin de fièvre et a refusé le sein. En outre, il a présenté une toux rauque et suffocante. Les parents pris de peur m'appellent.

L'enfant est dans un état d'asphyxie assez avancé et reste indifférent à mon arrivée.

En présence de ce tableau inquiétant, je pense aussitôt à la diphtérie. Mais l'examen de la gorge est absolument négatif. Et d'autre part, j'apprends que l'enfant était enchifrené depuis deux ou trois jours et éternuait souvent.

Tous ces symptômes m'incitent à penser que la gêne respiratoire siège plus bas que le larynx et j'ausculte l'enfant qui ne crie même plus.

J'ai beaucoup de difficulté à saisir des bruits bien précis.

Cependant, à l'occasion d'un mouvement respiratoire plus profond, je perçois à droite quelques râles humides.

A mon avis, chez cet enfant épuisé, le poumon se déplisse mal, mais présente des symptômes de broncho-pneumonie.

En conséquence, j'institue les bains à 30 degrés et les enveloppes humides tièdes, en y joignant une potion à l'acétate d'ammoniaque et de l'huile faiblement mentholée pour les fosses nasales.

Le lendemain, le petit malade a une température de 37°9 le matin et 40° le soir. Pouls, 150.

Mais il respire plus librement et on entend sur toute la base droite des râles humides qui confirment le diagnostic.

Le même état se présente pendant trois jours consécutifs.

Puis, brusquement tous les symptômes s'amendent. Ils n'est pas possible de percevoir un souffle. La température tombe à 37°5 et se maintient. L'enfant se réveille. L'auscultation permet d'entendre des râles sibilants et ronflants disséminés dans les deux poumons.

Quatre jours après tout a disparu et l'enfant, très amaigri, reprend le sein avec vigueur.

Ni le frère, ni la sœur ne se sont ressentis de la maladie du plus jeune et n'ont présenté aucun phénomène catarrhal.

OBSERVATION VIII

Résumé. — Enfant de 22 mois présentant du coryza et des crises convulsives au début.

Température 40°5. Broncho-pneumonie double. Bains calmants à 28 degrés et friction des extrémités. La fièvre diminuant, bains à 30, puis à 33 degrés.

Guérison obtenue trois semaines après.

L'enfant A..., âgé de 22 mois, a déjà été vu cet été pour des convulsions légères d'origine dentaire. L'incision des gencives a même dû être pratiquée.

Il présente du coryza depuis quatre jours et a été gardé à la chambre.

Brusquement, à onze heures du soir, il a une convulsion violente, à laquelle ont succédé des cris inarticulés et une grande agitation, aussi bien dans son lit que sur les genoux de la mère.

Après chaque cri, il est oppressé, et ne reprend sa respiration que par saccades.

L'auscultation dénote une broncho-pneumonie double avec des râles sous-crépitants aux deux bases.

Température, 40°5. Pouls, 160.

Un bain à 25 degrés toutes les deux heures et de cinq minutes chaque fois est ordonné. Et, au sortir du bain, on fait aux membres inférieurs une friction au baume de Fioraventi.

Le lendemain matin, à 7 heures, l'enfant est assoupi. Mais, par instant, il présente encore une respiration plus profonde avec tirage.

Température : 39.9.

Le même traitement est continué toute la journée.

Le soir, une nouvelle convulsion reprend l'enfant.

Appelé à nouveau, je constate une poussée congestive en avant et à droite.

Les parents avouent alors qu'ils n'ont pas osé donner les bains à la température ordonnée, les trouvant trop froids.

Je donne moi-même un bain à 28 degrés en faisant ajouter 50 gr. de tilleul.

Après une friction aux extrémités supérieures et inférieures, l'enfant s'endort plus calme.

Température après le bain : 38.6.

Le lendemain, température, le matin 38.3, le soir 40.2.

L'enfant est moins oppressé et crie plus souvent.

Traitement :

Bains à 30 degrés toutes les trois heures et enveloppements humides dans l'intervalle.

Deux jours après, souffle dans les deux poumons, au milieu de bruits intenses de râles fins.

La température baisse rapidement : 37.4 le matin, 38.5 le soir au maximum.

Les souffles disparaissent au bout de 6 jours et leur disparition coïncide avec l'abaissement complet de la température.

Il subsiste encore pendant 15 jours des râles ronflants dans les deux poumons, qui disparaissent enfin avec des cataplasmes sinapisés et une potion au sirop de codéine et eau chloroformée.

Nous avons donc eu affaire à deux broncho-pneumonies primitives, sans autres symptômes qu'une température élevée et une dyspnée très marquée.

Le début a été caché par des aspects extérieurs différents, mais pouvant faire envisager d'autres maladies organiques. Et seule l'auscultation a permis de préciser l'endroit atteint et d'obtenir la guérison par le traitement balnéaire.

V

Ces exemples tirés de la pratique journalière montrent combien la broncho-pneumonie infantile est fréquente. Il faut toujours l'avoir présente à l'esprit et ne pas oublier que la période d'invasion diffère avec chaque malade.

Et ce point a une réelle importance clinique.

Chaque fois que nous avons pu appliquer une thérapeutique immédiate en rapport avec les symptômes nous avons constaté une guérison d'autant plus rapide que notre intervention avait été plus prompte.

L'infection initiale a eu moins de prise sur l'organisme de l'enfant et les infections secondaires ont pu être du même coup écartées.

Ce qui a été la base principale, le pivot de notre traitement, ce qui a été notre préoccupation constante, c'est la balnéothérapie, tout à la fois systématique et rationnelle ; c'est-à-dire appliquée partout mais avec des variations suivant l'opportunité et la phase de la maladie.

Nous avons subordonné ce traitement au milieu dans lequel nous agissions, nous contentant parfois — et à regret — du simple enveloppement humide ; appliquant le plus que nous avons pu le système des bains à faible température.

En vérité, il nous est difficile de fixer des règles précises pour l'emploi de la balnéation dans la broncho-pneumonie infantile.

Nos deux guides essentiels ont cependant toujours été et peuvent être à peu près constamment :

1° L'auscultation très fréquente du malade.

2° La lecture du thermomètre.

Chaque fois que nous avons trouvé une congestion intense du poumon, et une fièvre très élevée, nous avons abaissé la température des bains jusqu'à 25 degrés parfois et nous en avons modifié le nombre et la durée suivant les besoins quotidiens.

Quand la température seule était en jeu avec des foyers broncho-pulmonaires moins inquiétants, nous avons donné des bains à 30 ou 38 degrés d'une durée de dix minutes environ et à intervalles plus espacés.

Enfin, quand la température a cédé, quand, progressivement, la maladie a évolué, nous avons espacé les bains pour les supprimer totalement avec la fin de la crise aigüe.

Ce sont là des règles ou plutôt des mesures générales.

Mais il y a encore d'autres facteurs importants qui doivent intervenir dans le traitement.

C'est d'abord l'état général de l'enfant.

Méfions-nous des enfants trop abattus qui sont complètement indifférents à ce qu'on leur fait. Le bain pourra amener une réaction utile et d'un heureux effet. Mais il les laissera aussi parfois plus abattus et plus affaiblis.

A la sortie du bain, la friction des membres inférieurs les relèvera et amènera la réaction salutaire cherchée.

Quant aux enfants agités, ils ne tireront que du profit de la balnéation.

Il faut ensuite se préoccuper de la façon dont le malade se comporte vis-à-vis du traitement balnéaire.

Tel enfant supportera le bain froid très facilement et sera même heureux d'y être transporté, alors qu'un autre se débattra, criera, et refusera le bain.

A ce dernier, un enveloppement humide simple sera plus indiqué et agira plus efficacement.

Enfin, il sera bon de tenir compte des conditions d'hygiène au milieu desquelles on est appelé à agir.

Si la pièce où vit l'enfant est trop étroite ou encombrée par des meubles, il faudra veiller soigneusement à la façon dont les bains seront donnés et éviter que le transport de l'enfant du lit à la baignoire ne soit une nouvelle cause de poussée congestive.

Le régime alimentaire de l'enfant a été également l'objet de beaucoup de soins.

A la période aigüe de la maladie, nous nous sommes contentés de donner du lait en petite quantité ou des bouillons de légumes.

Nous y avons joint des grogs légers, quelques

cuillerées de café noir et enfin des tisanes comprenant du tilleul, de la mauve ou de la queue de cerises, lorsque les urines nous paraissaient trop rares.

Puis lorsque la température commençait à décroître, nous avons donné des potages légers et quelques purées, tout en veillant à la régularité des fonctions de l'intestin : au besoin nous faisions donner quelques lavements glycérinés ou même de l'huile de ricin à petites doses : une cuillerée à café un ou deux jours consécutifs.

Enfin, à la période de convalescence, nous avons ordonné de véritables repas : potages et purées données régulièrement chez les tout jeunes. Chez les enfants plus âgés, nous y ajoutions une cervelle ou une sardine à l'huile et des fruits cuits comme dessert.

Si nous envisageons la thérapeutique médicamenteuse, nous trouvons partout au début la potion qui permet de chasser rapidement l'exsudat pulmonaire. Cette potion a été suivant la résistance de l'enfant à base d'ipéca ou d'acétate d'ammoniaque.

Nous avons eu également recours aux médicaments lorsque la maladie était à son déclin. L'aconit et la codéine ont complété heureusement l'effet des cataplasmes sinapisés et ont permis d'éviter ainsi la prolongation d'une toux fatigante pour l'enfant.

Cependant, nous ne les avons utilisés que prudemment. Nous n'avons pas perdu de vue que, si ces médicaments arrêtent la toux, calment l'enfant, ils laissent par contre les bronches pleines et conges-

tionnées et ils influent défavorablement sur l'état de son intestin.

Nous nous en sommes donc servis plutôt comme médicaments adjuvants.

Enfin, il y a des médicaments sur lesquels nous désirons retenir l'attention, et que nous avons toujours utilisés.

Ce sont : la glycérine phéniquée et l'huile mentholée.

Nous avons fait couler matin et soir dans chaque oreille du petit malade, deux ou trois gouttes de glycérine phéniquée à 1/100.

Nous avons désinfecté les narines de l'enfant avec de l'huile mentholée.

Nous n'ignorons pas que l'huile mentholée a été signalée par divers auteurs comme un médicament dangereux pour les enfants.

Robert Leroux, Armand Delille, Pajol ont décrit les accidents suraigus et chroniques de cette médication : le spasme de la glotte avec l'asphyxie consécutive, le pseudo-érysipèle de la face, les érythèmes narinaire et labial.

L'huile mentholée est cependant un excellent antiseptique. Mais il ne faut pas perdre de vue la formule de tout emploi judicieux du menthol : ni trop, ni trop souvent, ni trop longtemps.

Nous avons donc ordonné chez les tout petits deux ou trois gouttes d'huile mentholée matin et soir dans les proportions de 0.10 de menthol pour 25 gr. d'huile de vaseline.

Et ce n'est que chez les enfants de 8 à 10 ans que nous avons donné l'huile mentholée à 1/100.

Enfin, nous nous sommes toujours souvenu du conseil du professeur Marfan. Les gouttes ont été instillées dans les narines de l'enfant couché à plat dans son lit, tête non renversée, ou même plus souvent assis.

Ces deux antiseptiques nous ont été précieux en raison surtout des milieux dans lesquels nous étions placés.

Car c'est là précisément une particularité intéressante pour nous que le résultat obtenu par cet ensemble thérapeutique, étant donné l'ambiance dans laquelle nous l'avons appliqué.

Monsieur le Docteur Comby écrit dans le « Traité des maladies de l'enfance » :

« L'hygiène thérapeutique de la broncho-pneumo-« nie peut se résumer en quelques mots : un air pur « une chambre bien éclairée, bien chauffée, un entou-« rage calme, une diète convenable, de la propreté. »

Monsieur le Docteur Lemoine déclare :

« L'enfant doit avoir de la flanelle, mais être peu « couvert. Les rideaux de son lit ou de son berceau « sont enlevés. La chambre doit être aérée souvent « et largement. »

Dans les hôpitaux modernes comme Hérold, l'enfant est dans un boxe vitré, isolé des autres petits malades.

Sur une tablette en verre, se trouvent tous les objets nécessaires à sa toilette ou aux soins particuliers exigés par son état.

Enfin une baignoire montée sur un chariot permet d'éviter la sortie de l'enfant hors de son boxe.

VI

Voyons maintenant les soins et les précautions prises pour nos broncho-pneumonies infantiles en clientèle.

Là, nous avons eu à nous défendre contre une hygiène rudimentaire, voire même totalement inconnue, tant au point de vue l'enfant qu'au point de vue de l'entourage.

Et ce n'a pas été une des moindres difficultés.

La plupart du temps, nous avons été appelés dans des rues ou des ruelles sales, ne recevant jamais le soleil. Les maisons vieilles et délabrées présentent des escaliers mal éclairés, sur lesquels s'ouvrent des waters-closets communs à tout un étage.

Enfin, les logements eux-mêmes sont trop petits pour la famille qui s'y entasse ; ou ils donnent sur des courettes sombres comme Paris et surtout les quartiers excentriques savent en réserver.

Le poste d'eau est également « sur le carré » commun à tous ou même uniquement dans la cour.

Quant aux baignoires, elles sont inconnues, et on les loue chez le brocanteur.

Et quand nous nous sommes trouvés chez des commerçants aisés, si la propreté régnait davantage, c'était également le manque de place dans des arrières-boutiques sombres, où le gaz n'est pas encore parfois installé.

Dans un milieu semblable, les enfants étaient exposés à des changements brusques de température. La pièce, chauffée par une cuisinière était tantôt trop chaude et tantôt glacée.

Enfin les enfants étaient exposés aux courants d'air et aux visites constantes de voisines curieuses et indiscrètes.

Ah ! les voisines et leurs conseils empiriques souvent plus écoutés que la prescription du praticien !

Elles formaient une sorte de comité de vigilance où chaque mot, chaque idée nouvelle du médecin étaient discutés et passés au crible. On y pesait le pour et le contre, avant d'approuver entièrement l'idée neuve qui nous était apportée par l'état pulmonaire du petit malade ou par sa température, et que nous transcrivions sur une ordonnance.

Les unes trouvaient que nous ne donnions pas assez de médicaments « pour remonter le petit ».

D'autres taxaient de cruauté la balnéation tiède et transmettaient aux parents leurs inquiétudes d'un traitement qui refroidissait l'enfant et devait contribuer à sa perte.

Toutes enfin étaient toujours d'accord pour trouver

le traitement trop long et trop peu actif à faire baisser « la fièvre qui ronge, alors qu'autrefois on arrêtait « tout cela avec un bon vésicatoire ou des frictions « d'huile camphrée chaude ».

Que d'explications il fallait alors donner à tous ces pauvres gens ! Il fallait leur faire remarquer que les compresses mises tiédes étaient retirées brûlantes, et prendre la température de l'enfant devant eux à l'entrée et à la sortie du bain.

Et cependant au milieu de toutes les paroles d'espérance et de réconfort, il fallait faire les réserves prudentes et nécessaires en pareil cas sur l'issue de la maladie.

On ne doit d'ailleurs pas s'étonner, lorsqu'on s'adresse à cette clientèle peu fortunée, à l'esprit rempli de tous les préjugés populaires, d'avoir à combattre des appréhensions légitimes sur le résultat final.

Beaucoup avaient eu des parents ou des amis dont l'enfant était mort de broncho-pneumonie, soit chez eux, soit à l'hôpital.

Et les statistiques ne sont rien moins que rassurantes à cet égard.

Pour Ziemssen, on arrive à une mortalité de 50 o/o dans les broncho-pneumonies, suites de coqueluches, et 33 o/o dans les broncho-pneumonies, suites de rougeoles.

M. Roger constate une mortalité plus forte. Sur 68 broncho-pneumonies, suites de rougeoles, il a compté 51 cas suivis de mort.

M. Comby a dénombré en 1895 à l'hôpital Trous-

seau, sur 715 rougeoleux, 85 broncho-pneumonies ayant amené 70 décès, ce qui lui fait dire :

« Le pronostic est aggravé par l'entassement, l'en-
« combrement, la promiscuité qui règnent trop sou-
« vent dans les hôpitaux d'enfants. »

Or, malgré les angoisses des parents et parfois leur peu d'empressement à exécuter intégralement nos prescriptions, nous avons eu l'occasion de soigner huit broncho-pneumonies et nous les avons guéries.

Il a suffi d'une surveillance active du poumon et de la température de l'enfant.

Et il a suffi surtout d'une thérapeutique constante dans tous les cas, mais raisonnée suivant chaque cas particulier, pour arracher l'enfant au danger et le préserver de la mort.

C'est donc un réconfort pour le praticien d'envisager l'avenir avec moins de pessimisme dans la broncho-pneumonie infantile.

Il a, à sa disposition, une méthode qui a fait ses preuves et qui peut rendre de signalés services : la balnéation.

C'est une thérapeutique peu dispendieuse, applicable à peu près partout, puisqu'il suffit surtout de la bonne volonté de ceux qui soignent le malade.

Enfin, elle peut-être employée dans tous les milieux, en y joignant bien entendu le plus rigoureusement possible, l'aération et l'antisepsie.

Nous sommes heureux de pouvoir enregistrer ces huits cas de guérison.

Il est certain que nous nous trouverons en présen-

ce de cas encore plus graves et dont l'issue pourra être fatale.

Nous ferons cependant chaque fois de même, nous inspirant toujours des bonnes leçons de nos Maîtres et de leurs justes réflexions, cherchant seulement à combattre les obstacles matériels qui pourraient surgir ou à réparer les erreurs de personnes étrangères à la médecine, dévouées peut-être, mais ignorantes.

CONCLUSIONS

I. --- La broncho-pneumonie infantile est une inflammation broncho-alvéolaire présentant des aspects cliniques variables, tant dans leurs formes initiales que dans leurs manifestations.

II. --- Cette maladie est presque toujours secondaire et son début peut avoir une origine infectieuse et aiguë comme la rougeole, ou une origine infectieuse mais à développement plus lent comme la gastro-entérite.

Mais il est des cas où la broncho-pneumonie infantile paraît être primitive et succéder à un simple coryza ou à un léger rhume.

III. --- Quel que soit le point de départ et le mode de pénétration, la thérapeutique peut être la même dans tous les cas.

Et la balnéation méthodique met à l'abri des complications qui peuvent surgir tant du fait de la maladie elle-même que du milieu dans lequel elle évolue.

IV. — Cette méthode, d'une simplicité absolue, et praticable partout, nous permet d'augurer mieux de l'avenir. Nous pouvons en tirer un pronostic plus favorable que celui qui est généralement porté jusqu'ici par la plupart des auteurs.

Et ce sera une arme de plus pour diminuer la mortalité infantile en France et remédier à ce mal présent et futur de notre pays : la dépopulation.

Vu : *Le Président de thèse*,
GILBERT-BALLET.

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

M. Comby. — Traité des maladies de l'enfance (Paris 1893).

— Thérapeutique et prophylaxie des maladies des enfants (Paris 1896).

M. Lemoine. — Manuel de thérapeutique clinique (Paris 1896).

M. Robert Leroux. — Annales des maladies de l'oreille.

IMPRIMERIE SPÉCIALE
de la Librairie OLLIER-HENRY
26 — Rue Monsieur-le-Prince — 26
PARIS (VI^e^)